

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANELISA RUARO

ORIENTADORA: FABIANE MULINARI-BRENNER

**AVALIAÇÃO DERMATOSCÓPICA DAS ALTERAÇÕES UNGUEAIS EM
PACIENTES COM ALOPECIA AREATA**

MARÇO DE 2014

CURITIBA

2014

ANELISA RUARO

**AVALIAÇÃO DERMATOSCÓPICA DAS ALTERAÇÕES UNGUEAIS EM
PACIENTES COM ALOPECIA AREATA**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Pós-graduada em Dermatologia, no curso de Especialização em Dermatologia, setor de Ciências da Saúde, Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Fabiane Mulinari-Brenner

CURITIBA

2014

TERMO DE APROVAÇÃO

ANELISA RUARO

AVALIAÇÃO DERMATOSCÓPICA DAS ALTERAÇÕES UNGUEAIS EM PACIENTES COM ALOPECIA AREATA

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção de grau de Pós-graduada em dermatologia, no curso de especialização em dermatologia, setor de Ciências da Saúde, departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná.

Prof^a. Fabiane Mulinari-Brenner

Orientadora desta monografia

Professora da disciplina de dermatologia, UFPR

Prof. Dr. Jesus Rodriguez Santamaria

Chefe do Serviço de Dermatologia, UFPR

Prof^a. Maira Mitsue Mukai

Professora da Disciplina de Dermatologia, UFPR

Curitiba, 13 de março de 2014

AGRADECIMENTOS

À Dra Fabiane Mulinari-Brenner, um agradecimento especial pela orientação, idéias e tempo dispensado na realização deste trabalho. Agradeço também por todos os ensinamentos ao longo da residência.

À Dra Ana Maria Tchorobay, agradeço por todos os ensinamentos, boa vontade e disposição em ajudar demonstrados nestes últimos 2 anos. Agradeço pela imensa ajuda na elaboração deste projeto, contribuindo também na análise dos dados.

A todos os preceptores e voluntários do Serviço de Dermatologia, pelo entusiasmo e dedicação com que transmitem ensinamentos, contribuindo para a formação de profissionais capacitados.

Às minhas queridas colegas pelo trabalho em equipe e dedicação, e por me proporcionaram muitos momentos de aprendizado e alegria. Um agradecimento especial à colega e amiga Clarice Izumi Uchida pela amizade, companheirismo e paciência ao longo destes 2 anos. Agradeço também pela ajuda na coleta de dados para este trabalho.

A todos os funcionários do SAM 4, pela maneira carinhosa como fui recebida, podendo sempre contar com a colaboração de todos.

RESUMO:

TÍTULO: Avaliação dermatoscópica das alterações ungueais em pacientes com alopecia areata

INTRODUÇÃO: A alopecia areata (AA) é uma afecção crônica dos folículos pilosos e unhas de etiologia desconhecida. O acometimento ungueal é variável, e geralmente se relaciona a gravidade das alterações de couro cabeludo. A incidência deste acometimento varia muito na literatura, não havendo um índice de gravidade específico para avaliar a doença ungueal.

OBJETIVOS: Descrever as alterações ungueais em pacientes com alopecia areata, baseando-se na observação clínica e dermatoscópica destes pacientes. Testar a utilidade de um índice para avaliação objetiva das alterações ungueais na alopecia areata, baseando-se no NAPSI (Nail Psoriasis Severity Index).

METODOLOGIA: Foi um estudo transversal, no qual foram incluídos aleatoriamente 18 pacientes com alopecia areata. Foram excluídos do projeto pacientes com alterações ungueais como psoríase, líquen plano, onicomíose, entre outros. Coletaram-se dados demográficos e dados relacionados com a AA, comorbidades e uso de outras medicações. Os pacientes foram avaliados clinicamente, e com auxílio da dermatoscopia de luz polarizada e não polarizada (convencional), foram observadas as alterações ungueais presentes nas mãos. Uma unha mais afetada foi selecionada em cada paciente (unha alvo) e foi realizado registro fotográfico da clínica e da dermatoscopia desta unha. Em seguida, calculou-se um índice NAPSI símile de todas as unhas das mãos e também um índice NAPSI símile das unhas alvo.

RESULTADOS: 18 pacientes participaram do estudo. A maioria dos pacientes era do gênero feminino (66,6%), com média de idade de 34,3 anos. O tempo médio de doença foi de 8,9 anos, variando de 3 meses a 25 anos. O quarto quírodáctilo esquerdo foi o mais frequentemente afetado, em 22,2% dos casos. Mais da metade dos pacientes apresentavam área de alopecia de couro cabeludo menor que 50%. As alterações clínicas mais frequentes foram as depressões cupuliformes (94,4%), seguidas pelos sulcos de Beau (77,7%) e pela onicorrexe (61,1%). A dermatoscopia de luz polarizada mostrou-se superior a dermatoscopia de luz não polarizada na identificação de alterações ungueais. O uso da dermatoscopia

de luz polarizada aumentou a sensibilidade na identificação de achados clínicos como depressões cupuliformes, leuconíquia e hemorragias em estilhaço. O índice NAPI símile das unhas das mãos variou de 6 a 61 (média 16,7) e o índice NAPI símile das unhas alvo variou de 4-11 (5,6).

CONCLUSÕES: As alterações clínicas mais freqüentemente encontradas foram as depressões cupuliformes, em mais de 90% dos casos. O uso da dermatoscopia de luz polarizada é superior em identificar alterações ungueais em relação a dermatoscopia convencional, e seu uso pode aumentar a sensibilidade dos achados ungueais em pacientes com a doença. Não há dados na literatura para análise objetiva das alterações ungueais na AA. Observando-se as diferenças entre os achados ungueais da psoríase e da AA, sugerimos a criação de um índice de severidade próprio para esta última doença, usando como critérios as alterações mais freqüentes. Com isso, seria possível uma melhor classificação da doença ungueal, criando condições futuras para uma avaliação de resposta terapêutica, como ocorre com o uso do NAPI.

PALAVRAS CHAVE: *Dermatoscopia ungueal*, alopecia areata, unhas

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Alopecia Areata: AA

Antígenos leucocitários de histocompatibilidade: HLA

Nail psoriasis severity index: NAPSI

Quirodáctilo direito: QDD

Quirodáctilo esquerdo: QDE

SUMÁRIO

1	Introdução	9
1.1	Objetivos	10
2	Revisão Bibliográfica	11
2.1	A Alopecia Areata	11
2.2	O acometimento ungueal na doença	15
2.2.1	A unidade ungueal normal	15
2.2.2	Manifestações Clínicas	16
2.2.3	Patogênese	19
2.2.4	Avaliação clínica	19
2.2.5	Avaliação dermatoscópica	20
2.3	Alterações oculares na doença	22
3	Materiais e métodos	23
4	Resultados	24
5	Discussão	32
6	Conclusão	35
7	Conflitos de interesse	36
8	Referências	37
9	Apêndice	39

1. Introdução

A alopecia areata é doença inflamatória crônica, que leva a um quadro de alopecia não cicatricial. Apresenta patogênese ainda incerta e provável etiologia multifatorial, com evidentes componentes auto-imunes, genéticos e ambientais^{1,2,3,4,7,10,14,15}.

A doença apresenta curso pouco previsível, com duração e extensão muito variáveis, podendo afetar qualquer superfície pilosa do corpo^{1,2,15}. Além dos folículos pilosos, é capaz de afetar o aparelho ungueal e raramente os olhos^{4,8,13,15,17}.

O acometimento ungueal na alopecia areata, apresenta uma ampla variabilidade de incidência na literatura, e em geral é melhor descrito nas formas graves da doença^{1,7,8,10}. Este acometimento pode variar de formas leves, acometendo apenas uma unha, até distrofia completa das vinte unhas^{1,15}.

As alterações nas unhas, podem tanto preceder, acompanhar ou suceder as lesões de alopecia^{1,4,8,15}. A manifestação ungueal mais comumente encontrada são as depressões cupuliformes (*pitting*), porém inúmeras outras alterações podem ocorrer^{1,4,7,10,14,15}.

A grande variação na incidência de achados ungueais na alopecia areata, provavelmente se deva a semelhança com os achados em outras onicodistrofias, ou mesmo pelo fato da maioria destas alterações serem muito sutis e os pacientes não se queixarem durante a consulta médica. O uso da dermatoscopia das unhas nesta doença é método pouco utilizado por dermatologistas, e poderia aumentar significativamente a sensibilidade dos achados ungueais, justificando o interesse por esse método no estudo.

Não existe um índice de gravidade específico para as alterações ungueais da AA até o momento. A criação de um índice específico para avaliar estas alterações ungueais, traria tanto benefício na classificação clínica da doença, quanto na avaliação da resposta terapêutica, assim como ocorre na psoríase ungueal com o cálculo do NAPSI.

1.1 Objetivos

1. Descrever as alterações ungueais encontradas clinicamente em pacientes com alopecia areata.
2. Descrever as alterações ungueais encontradas com o auxílio da dermatoscopia nestes pacientes.
3. Testar um índice NAPSI símile para avaliar objetivamente as alterações ungueais da alopecia areata

2. Revisão Bibliográfica

2.1 A Alopecia Areata

A alopecia areata é uma forma de alopecia não cicatricial, geralmente em placas, de curso imprevisível, podendo acometer qualquer superfície pilosa do corpo ^{1,2,10,15,17}. Determina a queda dos cabelos e/ou pelos, por interrupção de sua síntese, sem que ocorra destruição ou atrofia dos folículos, motivo pelo qual pode ser reversível ^{4,15,10}.

Além dos folículos pilosos, é capaz de afetar o aparelho ungueal e raramente os olhos ^{4,8,13,15,17}. Sua incidência varia de 0,1-0,2% na população geral com risco médio de 1,7% de desenvolver a doença ao longo da vida ^{4,8,10,13}. Afeta homens e mulheres igualmente, sendo que alguns estudos apontam para um predomínio masculino na faixa etária adulta ^{2,4,8,13,15}. Pode iniciar em qualquer idade, tendo pico de incidência entre a 2ª e 4ª década de vida ^{1,4,8,10,15}. Quando tem início na infância, geralmente indica pior prognóstico ².

Fatores genéticos desempenham importante papel na gênese da doença, com historia familiar positiva variando entre 10 e 42% na literatura ^{2,4,8,10,15}. Uma taxa de concordância em gêmeos idênticos de 55% é encontrada em diversos estudos, o que sugere que tanto fatores genéticos quanto ambientais, são importantes na gênese da doença ^{2,4,10}.

A associação com síndrome de Down, atopia e a expressão de certos antígenos HLA também favorecem o componente genético da doença ^{2,4,8,10,15}. Não se estabelece ligação significativa da AA com os HLA classe I, porém há forte correlação com vários HLA classe II, HLA DR4, DR5 e DQ3, sendo o HLA DR5 relacionado às formas de início mais precoce e mais graves ^{4,8,15}.

Existem muitas evidências da participação de mecanismos imunológicos na doença. Entre elas, podemos citar a associação da AA com doenças auto-imunes, como doenças da tireóide, vitiligo, diabetes, lúpus, entre outras ^{2,4,8,10,15}. A incidência de doenças da tireóide chega a ser 4 a 5 vezes maior do que na população normal ⁴.

Outra evidência do mecanismo imune na alopecia areata, seria a presença de auto-anticorpos antimicrosossomais da tireóide, anti-parietais gástricos e anti-estruturas foliculares. Estes surgiriam como evento secundário ao fenômeno inflamatório folicular, que exporia antígenos foliculares, levando ao surgimento de tais anticorpos ^{4,8}.

A terceira evidência de auto-imunidade na AA estaria relacionada a imunidade celular ^{4,10}. O que ocorreria nestes doentes seria a sensibilização de linfócitos T, particularmente CD8 positivos, a antígenos foliculares. A ativação dos linfócitos que compõem o infiltrado perifolicular característico da AA produz a liberação de citocinas capazes de inibir o crescimento do folículo piloso interrompendo a síntese dos pelos ^{4, 8,15}. . Antígenos associados aos melanócitos reconhecidos pelas células T, também podem funcionar como auto-antígenos ¹⁰.

Outros fatores como infecções, stress, além de doenças psiquiátricas, têm sido levantados como possíveis desencadeantes da doença, porém sua real importância e mecanismos permanecem incertos ^{4,15}.

Há um grande polimorfismo na expressão clínica da alopecia areata. Na maioria das vezes, a doença se apresenta com o surgimento abrupto de placa de alopecia única, ou múltiplas placas lisas, ovais ou circulares, em qualquer superfície pilosa do corpo, com predomínio em couro cabeludo (90% dos casos) ^{2,4,8,10,13,15}.

Em cerca de metade dos casos, ocorre repilação no primeiro ano, inicialmente com cabelos finos e brancos, que recuperam seu calibre e cor normal com o tempo ^{2,15}. Apesar disso, a maioria dos pacientes apresentará mais de um episódio da doença e cerca de 25% evoluirá para alopecia areata total ou universal, que apresentam índice de recuperação total muito baixo (10%) ².

Na fase aguda, as placas podem apresentar edema e eritema, e pequenos pelos “peládicos” ou em “ponto de exclamação” (parte distal mais larga que a proximal), que são frequentemente vistos na periferia ativa das lesões ^{2, 4,10,15}. Esses pelos demonstram deposição de pigmento melânico na clava (sinal de Widy), e sugerem fortemente o diagnóstico quando presentes ⁴.

As lesões são habitualmente assintomáticas, mas ocasionalmente apresentam sintomas como parestesia, dor, prurido e ardor ^{1,4,10,15}. Nas fases

agudas, a prova da tração suave é positiva, onde os pelos se desprendem facilmente à tração nas áreas de atividade da doença ^{1,4,10,11,15}. A dermatoscopia mostra pelos cadavéricos, onde uma fratura da haste no interior do folículo piloso produz pontos enegrecidos dentro do óstio folicular ^{4,8,11}. Também se observam pontos amarelos, que são típicos da AA, mas também podem ser vistos na alopecia androgenética ^{8,11}.

Além da forma em placa única ou em placas múltiplas, outras formas de apresentação da doença são:

1 - Alopecia areata ofiásica

Nessa apresentação, a perda dos cabelos ocorre ao longo da periferia da região temporal e occipital, surgindo faixa extensa de alopecia, atingindo margens inferiores do couro cabeludo. Assim como a doença iniciada na infância e como a alopecia areata a total e universal, a ofíase é indicadora de mau prognóstico ^{1,2,4,8,10,15,13}.

2 - Alopecia areata total

Ocorre perda de pelos de todo o couro cabeludo sem acometimento dos demais pelos corpóreos ^{1,4,8,10,13,15}.

3 - Alopecia areata universal

Há perda total dos pelos corpóreos, afetando o couro cabeludo, os cílios, supercílios, a barba e o bigode, axilas e áreas genitais ^{1,4,8,10,13,15}.

Além desses padrões considerados clássicos, existem apresentações atípicas da doença:

1- Alopecia areata tipo sisaifo (ofiase inversa)

Nesta variante, a perda de cabelos atinge todo o couro cabeludo poupando suas margens inferiores, ao longo da linhas de implantação temporal e occipital. É a forma inversa da variante ofiásica ^{1,4,8,15}.

2- Alopecia areata reticular

Ocorrem múltiplas placas de alopecia separadas por estreitas faixas de cabelos preservados, dando aspecto reticulado ao conjunto ^{1,4,8,10,15}.

3 - Alopecia areata difusa

Nessa variante rara, a perda de cabelos é aguda e difusa. Pode se apresentar como rarefação difusa ou afetar principalmente o topo da cabeça. Geralmente evolui para formas mais graves de alopecia areata total ou universal ^{1,4,8,10,13,15}. É a forma de diagnóstico mais difícil, exigindo diagnose diferencial com outras alopecias difusas, como o eflúvio telógeno, alopecia androgenética e a alopecia em clareiras da sífilis. Podem ser necessários exames complementares e mesmo biópsia local ⁴.

Em 1999, o Consenso para Investigação de Alopecia Areata, propôs uma classificação para avaliar a gravidade clínica da doença, levando em conta o acometimento do couro cabeludo, do corpo e das unhas ^{3,15} (figura 1). Em seguida, Olsen et al. através da Fundação Nacional da Alopecia Areata, propuseram um esquema semelhante, que divide o couro cabeludo em regiões, cada uma representando uma porcentagem da área total ^{3,15} (figura 2). Estes guidelines são úteis e suficientes para graduar e avaliar a resposta terapêutica da AA de couro cabeludo, porém são menos úteis na avaliação da alopecia do corpo e das unhas ³.

<p> S_0 = no hair loss $*S_1$ = < 25% hair loss $*S_2$ = 25-49% hair loss $*S_3$ = 50-74% hair loss $*S_4$ = 75-99% hair loss a = 75-95% hair loss b = 96-99% hair loss S_5 = 100% hair loss </p> <p> Body hair loss B_0 = No body hair loss B_1 = Some body hair loss B_2 = 100% body (excluding scalp) hair loss. The latter determination must involve a complete physical examination and include facial, axillary, truncal, genital, and extremity hair evaluation. </p> <p> Nail involvement N_0 = No nail involvement N_1 = Some nail involvement a. Twenty-nail dystrophy/trachyonychia (must be all 20 nails)[†] </p>

Figura 1

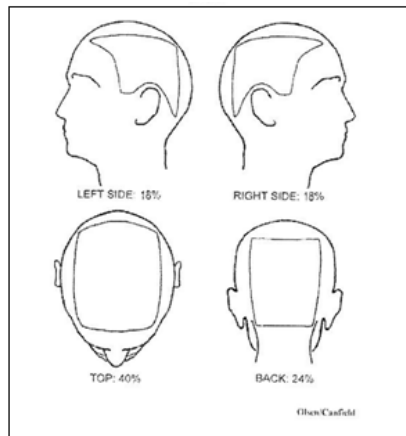


Figura 2

2.2 O acometimento ungueal na doença

O acometimento ungueal na alopecia areata apresenta uma incidência que varia de 6- 66% na literatura, podendo variar de leve em apenas uma unha, até acometimento grave das 20 unhas ^{1,8, 10,14,15,17}. A prevalência de alterações ungueais é muito mais freqüente nas mãos e nas formas graves da doença ^{14,15}. Nas formas total e universal, a prevalência de alterações das unhas chega a 54,8%, não ultrapassando 19% nas formas circunscritas ¹⁴. Estas alterações, também são mais freqüentes em crianças em relação aos adultos ⁴.

A distrofia ungueal pode preceder, ser concomitante ou suceder o curso da doença e não há correlação entre o tempo de doença e as alterações ungueais ^{4,13,15}. O acometimento ungueal na AA pode ser indicador prognóstico da doença, e provavelmente reflete uma doença mais grave e refratária ^{14,17}.

2.2.1 A unidade ungueal normal

A unidade ungueal é formada pela lâmina ungueal, matriz ungueal proximal e distal, lúnula, leito ungueal, prega ungueal proximal e laterais, cutícula e hiponíquio, além do apêndice musculoesquelético ⁷.

A lâmina ungueal é uma estrutura queratinizada dura que cobre a superfície dorsal da falange distal de cada dedo. Sua produção ocorre a partir do epitélio germinativo da matriz. A matriz proximal forma a face superficial da lâmina (dorsal) e a matriz distal é responsável pela formação da face inferior da lâmina (ventral). A

lúnula corresponde ao terço distal da matriz, visível através da lâmina ungueal proximal^{7,10}.

O leito ungueal localiza-se da lúnula distal até o hiponíquio. Apresenta-se como cristas longitudinais paralelas. Diferente da matriz está firmemente aderido a placa ungueal, é incolor e translúcido. Possui coloração rósea devido ao rico suprimento sanguíneo e não apresenta tecido celular subcutâneo. A avulsão da placa expõe o leito ungueal^{7,10}.

A dobra ungueal proximal e as dobras laterais, fornecem suporte e proteção para a lâmina ungueal. A cutícula é produto final da dobra ungueal proximal e confere proteção à unidade ungueal. A inserção do tendão extensor do dedo fica a 12mm da cutícula. Distalmente e adjacente ao leito ungueal, está o hiponíquio.^{7,10}

O sistema musculoesquelético e a unidade ungueal estão diretamente relacionados. As fibras do tendão extensor estão intimamente ligadas ao perióstio da falange distal, matriz e leito ungueal. Adicionalmente, ligamentos colaterais são responsáveis pela sustentação das margens laterais da unha⁷.

2.2.2 Manifestações clínicas

A alteração mais encontrada, são as depressões cupuliformes, descritas em quase 80% dos casos, seguidos de traquioníquia em até 14,3% dos casos e onicorrexe em aproximadamente 6% dos casos^{14,15}. Outras anormalidades encontradas incluem os sulcos de Beau, afinamento ou espessamento da lâmina, sulcos longitudinais, onicólise, onicomadese, coiloníquia, leuconíquia pontuada e lúnula avermelhada^{1,7,8,10,14,16,17}.

As manifestações ungueais tanto da AA quanto outras doenças, no geral, podem ser divididas de acordo com o local afetado do aparelho ungueal. Lesões de matriz, podem ainda ser subdivididas em alterações da matriz proximal, matriz distal e alterações tanto proximais quanto distais^{7,10}. Quando o leito é afetado, pode-se observar alterações como onicólise, leuconíquia aparente, hiperqueratose subungueal e hemorragias em estilhaço^{7,10,12}. (tabela 1)

CORRELAÇÃO DOS ACHADOS UNGUEAIS COM O LOCAL ANATÔMICO DA LESÃO UNGUEAL	
LOCAL AFETADO	MANIFESTAÇÃO CLÍNICA
Matriz proximal	Depressões cupuliformes ou <i>pitting</i> Sulcos de Beau Sulco longitudinal Fissura longitudinal Traquioníquia
Matriz distal	Leuconíquia verdadeira
Matriz proximal + distal	Onicomadese Coiloníquia Afinamento ungueal
Leito Ugueal	Onicólise Hiperqueratose subungueal Leuconíquia aparente Hemorragias em estilhaço

TABELA 1. Correlação dos achados ungueais com o local anatômico da lesão ungueal. *Bologna Jorisso, Rapini. Dermatology. 2° Ed 2008.*

Além das alterações descritas acima, outras alterações ungueais que podem estar presentes em doenças como a psoríase, incluem o *crumbling*, alteração de matriz ungueal, e as manchas salmão (manchas em óleo), que são alterações de leito ungueal que não são freqüentes na alopecia areata^{7,10,12}.

O *pitting* é termo em inglês dado a pequenas depressões na placa ungueal, de conformação cupuliforme. São decorrentes da queratinização anormal da matriz proximal que resultam em grupos de paraceratose na lâmina ungueal dorsal. Como as células paraqueratósicas se desprendem com o crescimento da lâmina, ocorre esse defeito superficial na placa ungueal^{4,7,10}. Costumam ser profundos, grandes e irregulares na psoríase. Na alopecia areata em geral são rasos e podem se distribuir de forma regular ou irregular^{4,7}.

Os sulcos de *Beau* são depressões transversais da superfície da lâmina ungueal, que resultam de uma interrupção temporária da atividade mitótica da matriz ungueal proximal. Sua profundidade indica a extensão do dano a matriz e sua largura indica a duração da agressão. A principal etiologia é traumática, mas eles podem refletir qualquer doença dermatológica que afete a dobra ungueal proximal^{7,10}.

A onicorrexe, corresponde a sulcos e fissuras longitudinais com fragmentação da borda livre da unha. Geralmente está associada a afinamento ungueal, indicando dano difuso a matriz. Ocorre em doenças como líquen plano, insuficiência vascular, trauma e tumores que comprimem a matriz. Sulcos longitudinais discretos são características comuns do envelhecimento ^{7,10}.

A traquioníquia é alteração da espessura da placa ungueal, seguida de rugosidade, aspereza e opacidade. Pode ser sinal de dermatoses tipo alopecia areata, psoríase, líquen plano ou dermatite atópica. Pode ser também idiopática, iniciada na infância, afetando uniformemente todas as unhas, sendo chamada de “distrofia das 20 unhas da infância”. Outra causa de traquioníquia são agentes químicos externos ⁷.

A lúnula vermelha é manifestação rara vista na alopecia areata, e é caracterizada por um avermelhamento da região da lúnula, que desaparece a pressão, na ausência de tumor subungueal ou trauma. É vista também em outras doenças, como artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, dermatomiosite, insuficiência cardíaca, cirrose hepática, doenças pulmonares, entre outras ¹⁶.

A leuconíquia representa coloração branca ou opaca da lâmina ungueal, que perde sua transparência devido a presença de células paraqueratóticas na sua porção ventral. A leuconíquia verdadeira é causada por doenças que afetam a matriz ungueal distal. As três variantes conhecidas são a leuconíquia punctata, a estriada e a difusa. É necessária a diferenciação com a leuconíquia aparente, que é apenas uma descoloração do leito ungueal, dando aspecto opaco a unha. É também importante, a diferenciação com a pseudoleuconíquia, típica da onicomiose branca superficial. Neste caso, a lâmina ungueal fica friável pela presença de restos de queratina e elementos fúngicos ^{7,10}.

A onicomadese é o descolamento espontâneo da placa ungueal proximal em relação a matriz, por agressão aos componentes matriciais. Ocorre na paroníquia, em doenças ungueais inflamatórias, doenças bolhosas e trauma ⁷.

A coiloníquia é uma reversão da curvatura da placa ungueal, dando aspecto côncavo, em “colher”. Pode ser fisiológica na infância ou ser vista na onicomiose, psoríase e anemia ferropriva ^{7,10}.

A onicólise é o descolamento da lâmina ungueal distal, dando um aspecto branco-amarelado a unha, pela presença de ar no espaço subungueal. Além de trauma ambiental, suas causas mais comuns são psoríase e onicomiose, além de medicações, como no caso da foto-onicólise ^{7,10}.

A hiperqueratose subungueal é alteração da queratinização do leito / hiponíquio. Há acúmulo de escamas subungueais na porção distal da lâmina e espessamento secundário da placa ungueal ⁷.

Hemorragias em estilhaço são linhas finas, longitudinais, vermelho-escuras ou negras na porção distal das unhas. São causadas por alteração de capilares do leito ungueal, e a etiologia mais comum é a traumática, seguida de psoríase e onicomiose ^{7,10}.

O *crumbling* ou “esfarelamento” é termo em inglês que designa uma unha espessada, opaca e deformada. Sugere extenso envolvimento da matriz ungueal ⁷.

As manchas de óleo correspondem a áreas de coloração amarelada / rosa salmão, com formas e contornos irregulares. É ocasionada por alteração do leito visível por transparência da lâmina, refletindo acúmulo de exsudato subungueal ⁷.

2.2.3 Patogênese

O mecanismo patogênico das alterações ungueais da alopecia areata permanece desconhecido. Sugere-se que as unhas apresentem estrutura e crescimento semelhantes aos folículos pilosos, sendo portanto afetadas pelo mesmo tipo de infiltrado inflamatório que acomete os pelos na doença ^{14,15}.

2.2.4 Avaliação clínica

O Consenso para Investigação de Alopecia Areata, classifica as alterações ungueais em N0, quando não há acometimento ungueal; N1 quando há algum acometimento ungueal; e N1a quando há traquioníquia e distrofia das 20 unhas ^{3,15}. Poucas ferramentas além da avaliação clínica, são descritas na atualidade para a graduação da resposta terapêutica das alterações ungueais na doença. O uso da lupa e do dermatoscópio podem aumentar a sensibilidade para identificação das alterações ungueais. Não há, no entanto, ferramenta específica para avaliar as alterações ungueais da AA, como existe na psoríase ungueal através do NAPSÍ.

O NAPSÍ é ferramenta de avaliação das alterações clínicas da psoríase ungueal. Cada quadrante da unha é avaliado quanto à presença ou ausência de alterações de matriz (pitting, leuconíquia, manchas vermelhas na lúnula ou *crumbling*) ou leito (mancha de óleo ou salmão, onicólise, hiperqueratose subungueal ou hemorragias em estilhaço). A soma dos escores para acometimento de matriz e de leito reflete a gravidade da psoríase ungueal naquele momento ⁵.

Para o cálculo deste índice, cada unha é dividida em 4 quadrantes, através de uma linha horizontal e outra vertical, imaginárias. Para cada unha é dado um escore de 0-4 de acordo com a presença ou ausência de alguma alteração de matriz e um escore de 0-4 de acordo com a presença ou ausência de alguma alteração de leito. Assim, cada unha pontuará da seguinte forma: 0= se nenhuma alteração; 1= se presente em um quadrante da unha; 2= se presente em dois quadrantes da unha; 3= se presente em três quadrantes da unha; e 4= se presentes em quatro quadrantes da unha. Cada unha recebe uma pontuação para as alterações de matriz e uma pontuação para as alterações do leito, sendo o total de 0-8, por unha. Cada unha é avaliada, e a soma de todas as unhas é a pontuação NAPSÍ total. A soma das pontuações de todas as unhas é 0-80, ou de 0-160 se as unhas dos pés também forem incluídas. Se a avaliação de uma unha alvo é desejada, a mesma técnica pode ser usada, mas nesse caso, cada parâmetro (pitting, leuconíquia, manchas vermelhas na lúnula, mancha de óleo, onicólise, hiperqueratose e hemorragias em estilhaço) é contabilizados em cada quadrante da unha, resultando numa pontuação de 0-32 ⁵.

2.2.5 Avaliação dermatoscópica

A dermatoscopia é um método amplamente utilizado na dermatologia para auxiliar o diagnóstico de lesões cutâneas em geral ^{6,9,18}. É um procedimento não invasivo, rápido e de baixo custo ^{9,18}. Aparelhos portáteis fornecem aumento de até 20 vezes nas imagens visualizadas, sendo que videodermatoscópios podem fornecer aumentos de 40 vezes ou mais ¹⁸.

Os princípios básicos da dermatoscopia estão relacionados a propagação, reflexão e refração da luz. Quando um raio luminoso incide sobre uma superfície irregular, irá espalhar-se sobre várias direções, ocorrendo reflexão difusa. Ao atravessar meios de densidades diferentes, uma parcela da luz sofre reflexão, e

outra sofre refração através do meio. Como a pele tem superfície irregular, ocorre maior reflexão e dispersão da luz e pouca penetração, com distorção da imagem ^{9,18}.

O uso de uma placa de vidro em contato direto com a pele, diminui a reflexão e melhora a imagem, que se tornará ainda mais nítida aplicando-se um fluido na interface que umedeça a pele e uniformize o meio. Assim, a camada córnea se torna translúcida e a distancia focal do instrumento estará dentro da epiderme, permitindo a observação de estruturas localizadas até a derme papilar ¹⁸.

Os primeiros dermatoscópios manuais, emitiam somente a luz halógena, que é gerada por lâmpadas incandescentes, e contém em seu interior átomos de tungstênio e um gás do grupo halógeno. É responsável pela dermatoscopia de luz não polarizada ou convencional, onde a luz emitida é refletida em todas as direções. Esta luz direta muitas vezes mascara as alterações de superfície ungueal, devido a irregularidades como as depressões cupuliformes, sulcos longitudinais e sulcos de Beau ¹⁸.

Mais recentes e de maior custo, os dermatoscópios de luz polarizada emitem uma radiação eletromagnética que se propaga em apenas um plano, não se refletindo em todas as direções, pois o feixe de luz atravessa um filtro que funciona como objeto polarizador. As imagens obtidas com este tipo de luz podem apresentar diferenças na visualização de cores e as estruturas e padrões ficam mais evidentes e facilmente identificáveis quando comparados com a dermatoscopia convencional ¹⁸.

É importante ressaltar que a maioria dos algoritmos dermatoscópicos foi desenvolvida através de análises de imagens obtidas por dermatoscópios de luz halógena, ou seja, não polarizada. Os diferentes tipos de dermatoscópio na atualidade apresentam características que se complementam na análise de lesões cutâneas, porém mais estudos são necessários para avaliar o impacto dessas diferenças nos diagnósticos dermatológicos ¹⁸.

Na avaliação de alterações ungueais, esse procedimento é consagrado apenas para as lesões melanocíticas, também sendo usado como auxílio na análise de estruturas anatômicas da unha e estruturas vasculares (capilaroscopia) ^{6,9}. Na avaliação de lesões ungueais não melanocíticas, esta ferramenta é recente e tem se

mostrado de grande valia em doenças como a psoríase, podendo-se utilizar a luz polarizada ou não polarizada ⁹.

2.3 Alterações oculares na doença

Na alopecia areata, são descritas inúmeras alterações oculares, aparentemente relacionadas a disfunções do epitélio pigmentar da retina. São descritas drusas (excrecências hialinas na coróide), hipopigmentação focal da retina, opacidades do cristalino, catarata, diminuição da acuidade visual, síndrome de Horner, ectopia papilar, heterocromia e atrofia da íris, miose e ptose palpebral ^{4,15}.

3. Materiais e métodos

O delineamento foi de um estudo transversal. Dezoito pacientes com diagnóstico de alopecia areata, com ou sem queixas ungueais foram incluídos aleatoriamente no estudo. A coleta dos dados foi realizada no mês de fevereiro de 2014 no ambulatório de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), onde os pacientes fazem acompanhamento. O trabalho foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da UFPR.

Foram excluídos do projeto pacientes com qualquer outra condição ungueal clinicamente não representativa de alopecia areata, como psoríase ungueal, líquen plano ungueal, onicomicoses, trauma, entre outros.

Após leitura e assinatura do termo de consentimento informado, foram coletados dados como gênero, idade, profissão, tempo, atividade e extensão da doença, presença de queixas ungueais, medicações para tratamento da alopecia areata, comorbidades e uso de outras medicações que pudessem causar alterações ungueais. A extensão da doença de couro cabeludo foi avaliada conforme classificação do Consenso para Investigação de Alopecia Areata de 1999 e tabela de Olsen et al., detalhados no estudo. Os pacientes foram avaliados clinicamente, e com auxílio do dermatoscópio Dermlite Hybrid® 3Gen, com luz polarizada e não polarizada, foram observadas todas as alterações ungueais presentes nas mãos.

Em seguida, a unha mais afetada foi selecionada em cada paciente (unha alvo) e foi realizado registro fotográfico da clínica e da dermatoscopia desta unha. Calculou-se um índice NAPSI símile de todas as unhas das mãos e também um índice NAPSI símile das unhas alvos. As imagens obtidas no estudo foram colocadas lado a lado para análise comparativa.

4. Resultados

Um total de dezoito pacientes participaram do estudo. A maioria dos pacientes era do gênero feminino (66,6%). A média de idade dos voluntários foi de 34,3 anos, variando de 19 a 58 anos. O tempo médio de doença foi de 8,9 anos, variando de 3 meses a 25 anos. Quando interrogados quanto a sua profissão, nove pacientes (50%) referiam importante uso das mãos em suas atividades.

O 4º quirodáctilo esquerdo foi o mais freqüentemente afetado pelas alterações ungueais. (tabela 2).

Dedo mais acometido	N (18)	%
Não identificado	0	0
1QDD	3	16,6
2QDD	2	11,1
3QDD	3	16,6
4QDD	0	0
5QDD	0	0
1QDE	2	11,1
2QDE	0	0
3QDE	3	16,6
4QDE	4	22,2
5QDE	1	5,5

Tabela 2: dedo mais acometido

Conforme método do Consenso para Investigação de Alopecia Areata de 1999 e tabela de Olsen et al., mais da metade dos pacientes apresentavam área de alopecia de couro cabeludo menor que 50%. (Tabela 3)

GRAU DA ALOPECIA	N	%
S0 (sem perda)	1	5,5
S1 (= ou < 25%)	9	50
S2 (25-49%)	2	11,1
S3 (50-74%)	1	5,5
S4a (75-95%)	1	5,5
S4b (96-99%)	2	11,1
S5 (100%)	2	11,1

Tabela 3: graduação da alopecia

Cinco pacientes faziam uso de tratamento sistêmico para alopecia areata com metotrexate, sendo que um deles fazia uso concomitante de corticóide via oral. Dez pacientes estavam fazendo tratamento apenas local, incluindo corticóides tópicos e intralesionais, difenciprona e minoxidil. Três estavam sem qualquer tipo de tratamento para a doença. (Tabela 4)

	N (18)	%
<u>Metotrexate</u>	4	22,2
<u>Metotrexate + corticóide VO</u>	1	5,5
<u>Tópicos/ locais</u>	10	55,5
<u>Nenhum</u>	3	16,6

Tabela 4: tratamento para alopecia areata

Oito pacientes (44,4%) apresentavam comorbidades associadas, sendo a mais comum a depressão em 22,2% dos casos. Outras condições incluíam Síndrome de Down, hipotireoidismo, dislipidemia, diabetes melitus tipo 1 e arritmia cardíaca secundária a tetralogia de Fallot. (Tabela 5)

DOENÇAS ASSOCIADAS		%
DOWN	2	11,1
HIPOTIREOIDISMO	2	11,1
DM-1	1	5,5
DISLIPIDEMIA	2	11,1
DEPRESSÃO	4	22,2
CARDIOPATIA	1	5,5
NENHUMA	10	61,1

Tabela 5: doenças associadas

Entre estes pacientes, dois faziam uso de tricíclicos e um de beta-bloqueador, medicações que podem causar alterações ungueais semelhantes as da alopecia areata.

Foram encontradas alterações ungueais em todos os pacientes do estudo, porém somente 2 pacientes apresentavam queixas ungueais. Entre as alterações de matriz ungueal, estavam as depressões cupuliformes, sulcos de Beau, leuconíquia,

onicorrexe, onicomadese e traquioníquia. Entre as alterações de leito ungueal encontradas, estavam a onicólise, a hiperqueratose subungueal e as hemorragias em estilhaço. (Figuras 3-10)



Figura 3: *pitting*

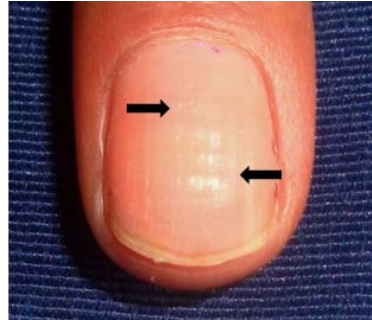


Figura 4: Pitting + sulcos de Beau



Figura 5: Onicólise

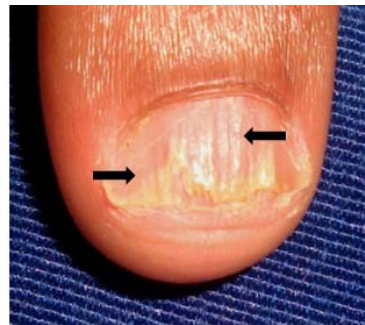


Figura 6: Onicorrexe + onicólise

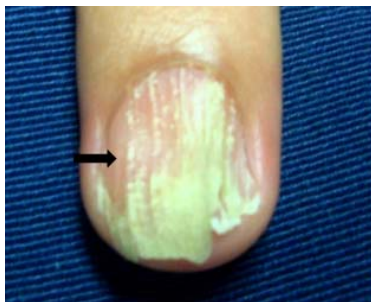


Figura 7: Traquioníquia



Figura 8: Onicorrexe + onicomadese



Figura 9: Hemorragias em estilhaço



Figura 10: Hiperqueratose subungueal

As alterações clínicas mais freqüentemente encontradas foram as depressões cupuliformes, na grande maioria dos pacientes (94,4%). Em 2º lugar foram encontrados os sulcos de Beau, seguidos pela onicorrexe. (Tabela 6)

	N(18)	%
ALTERAÇÕES DE MATRIZ		
<u>Depressões cupuliformes</u>	17	94,4
<u>Sulcos de Beau</u>	14	77,7
<u>Onicorrexe</u>	11	61,1
<u>Leuconíquia</u>	8	44,4
<u>Traquioníquia</u>	1	5,5
<u>Onicomadese</u>	1	5,5
ALTERAÇÕES DE LEITO		
<u>Hemorragia em estilhaco</u>	8	44,4
<u>Onicólise</u>	5	27,7
<u>Hiperqueratose subungueal</u>	1	5,5

Tabela 6: Alterações ungueais

A dermatoscopia de luz polarizada mostrou-se superior para identificar achados ungueais em relação a dermatoscopia convencional, evidenciando melhor alterações de matriz ungueal, como depressões cupuliformes, onicorrexe, sulcos de Beau e leuconíquias. (Figuras 11-13).



Figura11: Dermatoscopia de luz não polarizada *versus* polarizada- *Pittings*

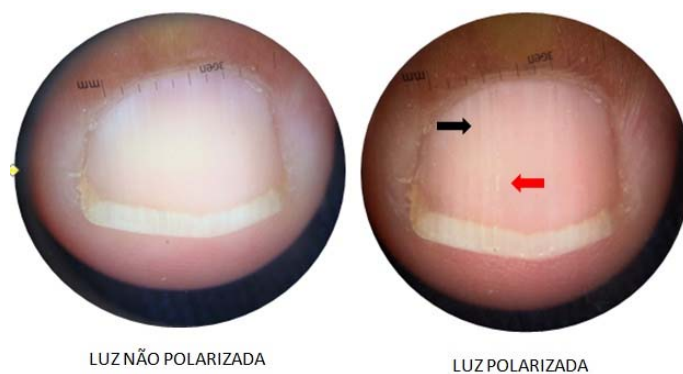


Figura 12: Dermatoscopia de luz não polarizada *versus* polarizada- Onicorrexe e leuconíquia

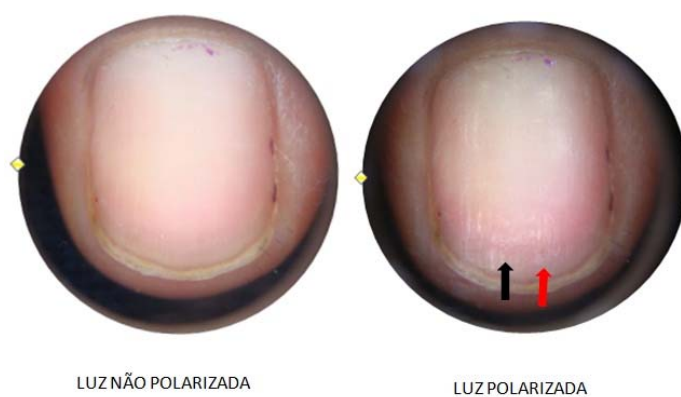


Figura 13: Dermatoscopia de luz não polarizada *versus* polarizada- sulcos de Beau e *pitting*

Não houve diferenças na visualização de alterações de matriz como traquioníquia e onicomadese.

Em relação as alterações de leito ungueal, houve apenas discreta superioridade na visualização de hemorragias em estilhaço com a dermatoscopia de luz polarizada, em relação a de luz não polarizada. Não houve diferenças na visualização de hiperqueratose subungueal e onicólise. (Figuras 14 e 15)

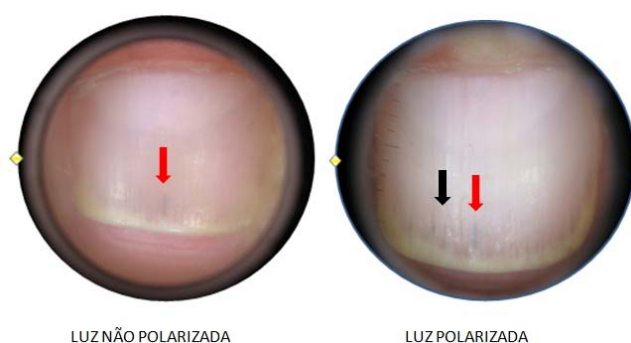


Figura 14: Dermatoscopia de luz não polarizada *versus* polarizada- hemorragias em estilhaço



Figura 15: Dermatoscopia de luz não polarizada versus polarizada- Onicólise

O uso da dermatoscopia com luz polarizada aumentou a sensibilidade dos achados de matriz ungueal, como as depressões cupuliformes e a leuconíquia, quando comparada com o exame clínico isolado. Ajudou a identificar depressões cupuliformes em 11 pacientes dos 17 que apresentavam a alteração e a identificar leuconíquias em 3 de 8 pacientes com o achado (Figuras 16 e 17)

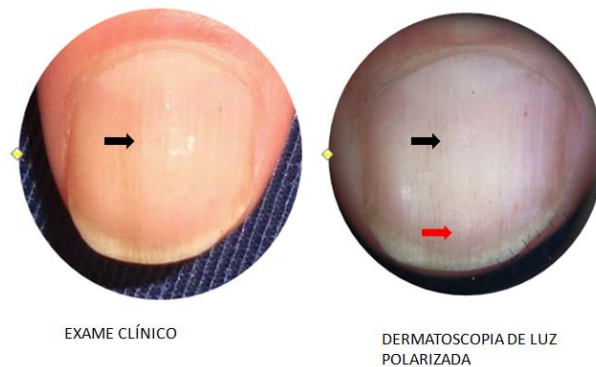


Figura 16: Exame clínico *versus* dermatoscopia de luz polarizada- *Pittings*



Figura 17: Exame clínico *versus* dermatoscopia de luz polarizada- Leuconíquia

Não houve benefício significativo na visualização de outras alterações de matriz ungueal, como onicorrexe, traquioníquia, onicomadese e sulcos de Beau com a dermatoscopia de luz polarizada em relação ao exame clínico. (Figura 18)

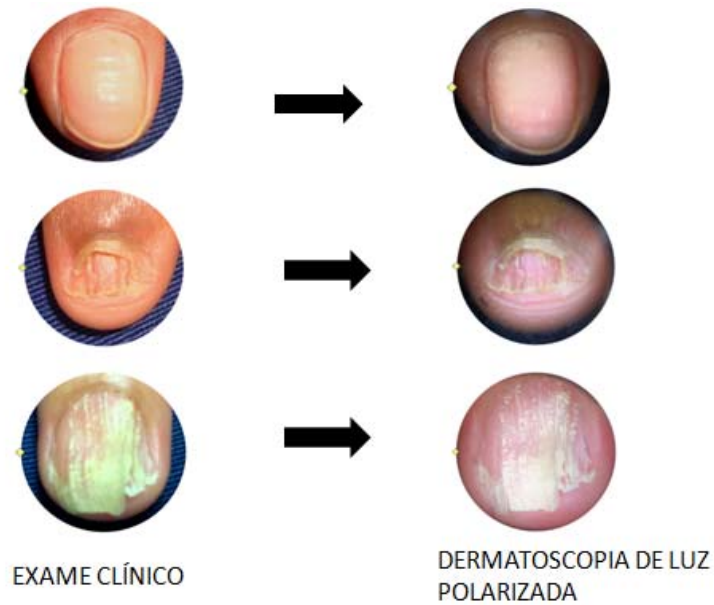


Figura 18: Exame clínico *versus* dermatoscopia de luz polarizada- sulcos de Beau, onicomadese, traquioníquia

A dermatoscopia de luz polarizada também foi útil no achado de hemorragias em estilhaço, que são alterações de leito ungueal, porém sem benefício em relação aos achados de onicólise e hiperqueratose subungueal (Figuras 19 e 20)



Figura 19: Exame clínico *versus* dermatoscopia de luz polarizada- Hemorragias em estilhaço



Figura 20: Exame clínico *versus* dermatoscopia de luz polarizada- Onicólise

O índice NAPSI símile das unhas das mãos variou de 6 a 61 (média 16,7) e o índice NAPSI símile das unhas alvo variou de 4-11 (5,6). Não foram encontradas algumas alterações usadas como critério do NAPSI, como manchas vermelhas na lúnula, *crumbling* e manchas de óleo.

5. Discussão

Embora não exista predileção por sexo na alopecia areata, podendo inclusive haver predomínio masculino na faixa etária adulta, os pacientes escolhidos para este estudo são em sua maioria do sexo feminino (66,6%)^{2,4,8,13,15}. A grande maioria dos pacientes encontram-se entre a 2ª e 4ª décadas de vida (83,3%), o que é condizente com os dados da literatura^{1,4,8,15}.

Entre os dezoito pacientes do estudo, dois (11,1%) eram portadores de Síndrome de Down. A associação com síndrome de Down, atopia e a expressão de certos antígenos HLA são bem descritas atualmente e favorecem o componente genético da doença^{2,4,8,10,15}.

Encontramos associação com doenças auto-imunes em três pacientes, sendo que dois apresentavam hipotireoidismo (11,1%) e um diabetes tipo 1 (5,5%). A associação entre a alopecia areata e estas duas doenças, além de muitas outras, é bem conhecida na atualidade, com evidências da presença de auto-anticorpos específicos e participação da imunidade celular^{2,4,8,15}.

A comorbidade predominante entre os pacientes do estudo, foi a depressão, em 22,2% dos casos. Diversos estudos citam que fatores como infecções, stress, além de doenças psiquiátricas, são possíveis desencadeantes da doença, porém sua real importância e mecanismos permanecem incertos^{4,15}.

Os pacientes do estudo apresentavam gravidade variável da doença, sendo que mais da metade apresentava perda capilar menor que 50% de área do couro cabeludo e 22,2% apresentava alopecia grave, acometendo entre 96-100% de área. Estudos indicam que cerca de 25% dos pacientes com a doença evoluirão para alopecia total ou universal ao longo da vida, não diferindo dos dados encontrados neste trabalho².

Apenas um dos pacientes do estudo estava em seu primeiro episódio da doença, com evolução de cerca de 3 meses. O restante apresentava doença recidivante, coincidindo com dados da literatura, que mostram que a maioria destes pacientes apresentará mais de um episódio da doença ao longo da vida^{2,15}.

Existe uma ampla variabilidade na incidência do acometimento ungueal na doença, variando de 6- 66% em diversos trabalhos^{1,8,14,15}. Nas formas graves, a prevalência de alterações das unhas é maior, chegando a 54,8%, não ultrapassando 19% nas formas circunscritas¹⁴. Em contraste com estes dados, encontramos alterações ungueais em todos os participantes neste estudo, sendo que apenas dois pacientes apresentavam algum tipo de queixa ungueal na anamnese. É provável que tenhamos encontrado alterações em 100% dos pacientes do estudo, pois examinamos minuciosamente mesmo os pacientes que não apresentavam queixas ungueais, estes representando a grande maioria dos casos.

A avaliação ungueal na alopecia areata tem sido negligenciada, provavelmente porque a queixa estética do cabelo é mais importante e poucos são os pacientes que apresentam este tipo de queixa ao dermatologista. Entretanto, estas alterações podem fornecer dados importantes em relação ao prognóstico e a resposta terapêutica.

A alteração mais prevalente deste estudo foram as depressões cupuliformes, em pouco mais de 90% dos casos, sendo que diversas fontes na literatura mostram que esta incidência varia muito, chegando a 80%^{14,15}. Esta discreta diferença, talvez se deva ao fato de contarmos com a dermatoscopia no auxílio destes achados ungueais no presente estudo.

O segundo achado mais freqüente encontrado nos pacientes do estudo foram os sulcos de Beau em 77,7% dos casos, seguidos pela onicorrexe (61,1%). Sulcos de Beau podem ser encontrados na alopecia areata, porém são alterações inespecíficas, freqüentes em pacientes sem qualquer doença, o que pode ter levado a esta discrepância com os dados do estudo^{7,10}. A incidência encontrada de onicorrexe diferiu consideravelmente com os 6% encontrados na literatura e esta diferença pode se relacionar ao fato de ser alteração inespecífica, muito comum em condições diversas, como pequenos traumas^{7,10}. É importante ressaltar que metade dos participantes do estudo apresentavam atividades profissionais com atividades manuais, predispondo a estas alterações.

Nos artigos revisados, a incidência de traquioníquia na alopecia areata é de cerca de 14%, sendo o segundo achado mais freqüente da doença^{14,15}. Neste

trabalho, encontramos uma incidência de 5,5% desta alteração, o que pode refletir apenas um erro de amostragem, devido ao pequeno número de casos estudados.

Durante a avaliação das alterações ungueais dos pacientes deste estudo, observamos um grande benefício no uso da dermatoscopia de luz polarizada em relação a dermatoscopia de luz não polarizada. Este benefício ocorreu principalmente para alterações de superfície secundários a danos matriciais, ocorrendo pouca vantagem em achados por dano ao leito ungueal. É provável que isto ocorra pois a luz polarizada apresenta diferenças na visualização de cores e torna estruturas e padrões mais evidentes quando comparada com a dermatoscopia convencional, método que mascara alterações vistas em superfícies muito irregulares.

Também foi notado benefício do uso da dermatoscopia de luz polarizada, em relação ao exame clínico, com aumento na sensibilidade de achados por dano a matriz ungueal, mostrando também alguma superioridade na visualização de alterações de leito. O dermatoscópio híbrido usado neste estudo, fornece aumentos de até 10 vezes nas imagens obtidas, e somente por este fato poderia ter auxiliado na identificação das alterações ungueais ⁹.

Numa tentativa de avaliar objetivamente as alterações ungueais neste grupo de pacientes com alopecia areata, utilizou-se um índice baseado no NAPSI. O índice NAPSI símile das unhas das mãos variou de 6 a 61 (média 16,7) e o índice NAPSI símile das unhas alvo variou de 4-11 (5,6). Entretanto, não foram encontradas algumas alterações usadas como critério do NAPSI, como manchas vermelhas na lúnula, *crumbling* e manchas de óleo. Em contraste, foram encontradas alterações como a onicorrexe, sulcos de Beau e a traquioníquia, que não fazem parte deste índice usado para a psoríase.

O exame das unhas é também um importante indicador prognóstico e de gravidade, pois alterações ungueais mais graves são vistas geralmente em formas mais extensas da doença ^{8,14,15}. Em coerência com estes dados, os dois pacientes com as pontuações mais altas no índice NAPSI símile neste estudo (valores de 35 e 69), eram também os que apresentavam quadros mais extensos de couro cabeludo, com perda de 100% dos fios nos dois casos.

6. Conclusão

Todos os pacientes avaliados no estudo apresentaram alterações ungueais. Mais da metade dos pacientes deste estudo eram do sexo feminino e a maioria eram adultos jovens. Mais da metade apresentava quadro de alopecia de couro cabeludo leve (< 50% de área acometida). O quarto quírodáctilo esquerdo foi o dedo mais frequentemente afetado e as alterações ungueais mais frequentes foram as depressões cupuliformes, seguidas dos sulcos de Beau e da onicorrexe.

O exame dermatoscópico pode ser ferramenta útil na avaliação de alterações ungueais em pacientes com alopecia areata. O uso da dermatoscopia de luz polarizada na avaliação destes pacientes mostrou-se superior em relação a dermatoscopia convencional, principalmente para visualizar alterações de superfície ungueal. Seu uso também mostrou grande benefício em relação ao exame clínico isolado, aumentando a sensibilidade dos achados ungueais nestes pacientes.

O índice NAPSÍ símile das unhas das mãos variou de 6 a 61, e o índice NAPSÍ símile das unhas alvo variou de 4-11, mostrando-se mais alto em pacientes com doença de couro cabeludo extensa. Não foram encontradas algumas alterações usadas como critério do NAPSÍ, como manchas vermelhas na lúnula, *crumbling* e manchas de óleo, que são características da psoríase. Portanto, o NAPSÍ não seria adequado para avaliar as unhas de pacientes com alopecia areata, pois usa critérios raramente vistos na doença.

Um índice de gravidade para avaliação ungueal para AA poderia ser formulado, usando achados mais comuns na doença, como a traquioníquia, os sulcos de Beau e a onicorrexe, possibilitando uma melhor classificação da doença ungueal e criando condições futuras para uma avaliação de resposta terapêutica adequada.

7. Conflitos de interesse

Os autores não tem conflitos de interesse com o tema da monografia.

8. Referências bibliográficas

1. Shabnam M., Shapiro J. Alopecia Areata Update. Am Acad Dermatol 2000;42:549-66.
2. Mac Donald Hull S.P., Wood M.L., Hutchinson P.E., Sladden M.S. and Messenger A.G. Guidelines for the management of alopecia areata. British Journal of Dermatology 2003; 149: 692-699.
3. Olsen E.A., Hordinsky M.K., Price V.H., et al. Alopecia areata investigational assessment guidelines- Part II. J Am Acad Dermatol 2004; 51: 440-7.
4. Rivitti EA. Alopecia areata: revisão e atualização. An. Bras Dermatol. 2005; 80 (1):57-68.
5. Rich P, Scher RK. Nail Psoriasis Severity Index: a useful tool for evaluation of nail psoriasis. J Am Acad Dermatol. 2003; 49 (2):206-12.
6. Bilemjian A.P.J., Pinero-Maceira J., Barcaui C.B., Burnier Pereira F. Melanônquia: importância da avaliação dermatoscópica e da observação da matriz/ leito ungueal. An. Bras. Dermatol. 2009; 84 (2):185-9.
7. Baran R, Dawber RPR, Tosti A, Haneke E. A text atlas of nail disorders. United Kingdom: Martin Dunitz; 1996.
8. Alkhalifah A., Alsantali A., Wang E., McElwee K.J. and Shapiro J. Alopecia areata update. J Am Dermatol 2010; 62: 177-88.
9. Farias DC, Tosti A, Chiacchio ND, Hirata SH. Aspectos dermatoscópicos na psoríase ungueal. An Bras Dermatol. 2010; 85:101-3.
10. Bologna Jorisso, Rapini. Dermatology. 2º Ed 2008
11. Abrahan LS, Torres FN, Azulay-Abulafia L. Pistas dermatoscópicas para diferenciar a tricotilomania da alopecia areata em placa. An Bras Dermatol. 2010;85(5):723-6.
12. Mukai MM, Fleischfresser Poffo I, Werner B, Mulinari-Brenner F e Cavalcante Lima Filho JH. NAPSI Utilization as na evaluation method of nail psoriasis in patients using acitretin. An Bras Dermatol. 2012; 87 (2): 256-62.
13. Gilhar A, Etzioni A and Paus R. Alopecia Areata. N Engl J Med 2012; 366: 1515-25.
14. Kasumagic-Halilovic E, Prohic A. Nail changes in alopecia areata: frequency and clinical presentation. Letter to the Editors. JEAV 2009, 23, 169-243.

15. Reyes A, Barman NA. Alopecia Areata. Universidad Nacional de Rosario- Facultad de Ciencias Medicas. Carrera de Posgrado em Dermatologia, Junio 2010
16. Pérez Tato B. et al. Lúnulas Rojas en Alopecia Areata. Med Cutan Iber Lat Am 2010; 38 (5): 207-209.
17. Gandhi V, Baruah MC, Battacharaya SN. Nail changes in alopecia areata: Incidence and Pattern. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2003; 69: 114-5.
18. Ferreira CMM, Barcaui C, Maceira JP. Atlas de dermatoscopia: aplicação clínica e correlação hitopatológica. Rio de Janeiro: Di Livros; 2011. P.1-16

9. Apêndice

AMBULATÓRIO DE PESQUISA DA DERMATOLOGIA - SAM 4

Este prontuário refere-se aos projetos de pesquisa da DERMATOLOGIA.

Em caso de extravio, favor devolvê-lo ao SAM-4.

PROJETO DE PESQUISA- “Avaliação dermatoscópica das alterações ungueais em pacientes com alopecia areata”

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

- 1) Código do paciente: _____
- 2) Nome: _____
- 3) Prontuário: _____
- 4) CPF: _____ RG: _____
- 5) Profissão: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
- 6) Idade: _____ Sexo: ☐ F ☐ M
- 7) Estado civil: ☐ casado ☐ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo ☐ divorciado
- 8) Fototipo: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
- 9) Naturalidade: _____
- 10) Endereço: _____ Cidade: _____
 Telefone: _____ (comercial _____)
 Celular: _____

QUESTIONÁRIO

- 1) O paciente apresenta alguma das seguintes condições? ☐ SIM ☐ NÃO

- Líquen Plano, Psoríase, Onicomicose, Doença Hepática Crônica, Doenças do Tecido Conjuntivo, Artrite Reumatóide, Doença Pulmonar Crônica, Doença Cardíaca Crônica, Doenças circulatórias envolvendo extremidades, Insuficiência Renal, Deficiências Vitaminicas, Doenças Endócrinas, Doenças metabólicas, Eczema, Escoriação Neurótica, Doença Enxerto Versus Hospedeiro, Imunodeficiências primárias ou secundárias, Neuropatias periféricas.

Outras: _____

2) O paciente faz uso de alguma das seguintes drogas? ☐ SIM ☐ NÃO

-Drogas: Anticonvulsivantes, Benzodiazepínicos, Antidepressivos tricíclicos, Fenotiazinas, Lítio, Buspirona, Levodopa, Cocaina, Retinóides, Psoralenos, Tetraciclina, Cefalosporinas, Cloramfenicol, Clofazimina, Quinolonas, Sulfas, Dapsona, AZT, Acetanilida, Aspirina, Benoxaprofeno, B-bloqueadores, Captopril, Clonidina, Quinidina, Amrinona, Laxantes, Metais pesados, Anticoagulantes, Antimaláricos, Corticóides tópicos e sistêmicos, Agentes quimioterápicos, Caroteno, Hormônios Androgênicos, Ciclosporina, DMSA, Ergotamina, Hidroquinona, Cetoconazol, Penicilamina, Fenilefrina, Salbutamol, Triptofano, Vitamina A.

Outras: _____

3) ☐ CONSENTIMENTO INFORMADO ASSINADO – 1 via anexada e 1 via para o paciente

4) Tempo do diagnóstico de Alopecia Areata: _____

5) Alopecia areata em atividade no momento? ☐ SIM ☐ NÃO

6) Tratamento sistêmico para Alopecia Areata no momento? ☐ SIM ☐ NÃO

7) Tempo de evolução das alterações ungueais: _____

8) Mão dominante ☐ E ☐ D

9) Frequência do corte das unhas: ☐ 1x/semana ☐ < 1 x/semana

10) Seu trabalho tem atividade manual? ☐ SIM ☐ NÃO

11) A alteração ungueal traz incômodo nas atividades do dia a dia? ☐ NADA

☐ POUCO ☐ MÉDIO ☐ MUITO

12) Sintomas ungueais associados:

- Dor ☐ nada ☐ pouco ☐ médio ☐ muito
- Prurido ☐ nada ☐ pouco ☐ médio ☐ muito
- Ardência ☐ nada ☐ pouco ☐ médio ☐ muito
- Vermelhidão ☐ nada ☐ pouco ☐ médio ☐ muito
- Inchaço ☐ nada ☐ pouco ☐ médio ☐ muito

EXAME FÍSICO

A- AVALIAÇÃO UNGUEAL

☐ Alterações ungueais: Quais?

1. Alterações ungueais por dano a matriz:

☐ Coiloníquia (convexas, com margens evertidas)

☐ Unhas frágeis (diminuição da resistência ungueal) **

☐ Onicomadese (descolamento proximal)

☐ Lâmina fina (< 0,5mm)

☐ Lâmina espessada (>0,75mm)

☐ Onicorrexe (fissuras, sulcos longitudinais e aspecto fragmentado da borda livre)

☐ Fissuras longitudinais

- ☐ Fissuras transversais
- ☐ Linhas de Beau (sulcos transversos)
- ☐ Pitting (depressões puntatas)
 - ☐ Pitting esparso: () regular () irregular
 - ☐ Pitting difuso: () regular () irregular
- ☐ Traquioníquia (unhas com superfície dura e áspera)
- ☐ Crumbling (esfarelamento ou fracionamento)
- ☐ Alterações da coloração:
 - ☐ Leuconíquia (pontos ou riscos brancos)
 - ☐ Opacidade (perda da transparência)
 - ☐ Coloração cinza
 - ☐ Coloração marrom
 - ☐ Coloração amarela
 - ☐ Coloração vermelha
 - ☐ Lúnula avermelhada
 - ☐ Lúnula moteada/ manchada

2. Alterações por dano ao leito ungueal:

- ☐ Onicólise (separação da lâmina do leito ungueal)
- ☐ Hemorragias em estilhaço
- ☐ Hiperkeratose subungueal
- ☐ Mancha de óleo

3. Distrofia das 20 unhas:

- ☐ Monomórfica espessada e escura
- ☐ Monomórfica com estriações verticais em “lixa”
- ☐ Monomórfica brilhante de aspecto pontilhado
- ☐ Polimórfica

4. Outras alterações: _____

**** Alterações vistas clinicamente = 1

**** Alterações vistas a dermatoscopia = 2

5- AVALIAÇÃO DAS UNHAS – NAPSI

	1º DEDO	2º DEDO	3º DEDO	4º DEDO	5º DEDO
MÃO	M L	M L	M L	M L	M L
ESQ	M L	M L	M L	M L	M L

7- () FOTOGRAFIA

☐ unhas de mãos

☐ unha padrão _____

☐ unha alvo _____

B) AVALIAÇÃO DO COURO CABELUDO

***Proporção do couro cabeludo afetado se as áreas forem colocadas lado a lado

PERDA DO CABELO

☐ S0- ausente

☐ S1 < ou = a 25% de perda

☐ S2- 26 a 50% de perda

☐ S3- 51 a 75% de perda

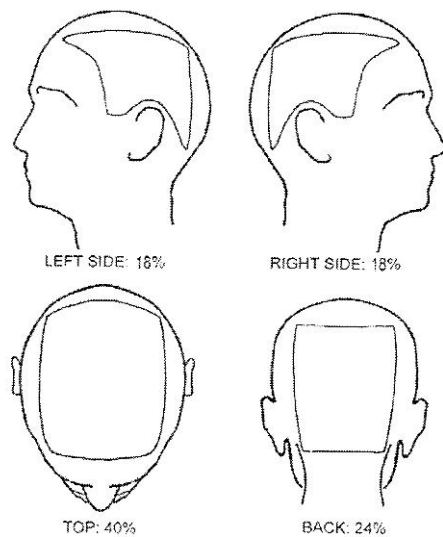
☐ S4- 76 a 99% de perda

☐ S4a- 76-95% de perda

☐ S4b- 95-99% de perda

☐ S5- 100% de perda

Figure 1



Olsen/Canfield